MEDIZINISCHE MONATSHEFTE

SHANGHAI

HERAUSGEBER: DR. PAUL SALOMON M.D. • DR. EGON GOLDHAMMER M.D.

HEFT 2 NOVEMBER 1940

Inhalt:

Verlag der MEDIZINISCHEN MONATSHEFTE SHANGHAI
Dr. Kurt Raphael Ph.D., Rte. des Soeurs 78. Phone 75168.
Anschrift der Schriftleitung: Dr. Paul Salomon M.D., Wayside Road 335. Phone 50792.
Dr. Egon Goldhammer M.D., Chaoufoong Rd. 680. Phone 51997.

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI (SHANGHAI MEDICAL MONTHLY)
registered at the S.M.P. and the P.Fr.

Aus dem Inhalt der naechsten Hefte:

D. Abisch,	*Dengue-Fieber.*
Dag. Flater,	*Ueber Ilius.*
V. Kalmar-Fischer,	*Ueber Angstzustaende.*
H. Lange,	*Zur Kollaps-Therapie der Lungentuberkulose.*
D. D. Liang,	*Ueber Hormonveraenderungen in der Schwangerschaft.*
A. A. Loewenstamm,	*Roentgenuntersuchung vom Standpunkt des Praktikers.*
E. Margoninsky,	*Fokal-Erkrankungen.*
S. C. Pan,	*Ueber tropischen Bubo.*
E. E. Pribram,	*Konstitutions-Pathologie und Prolapse.*
Fred. Reiss,	*Hongkong-Fuss.*
Fr. Wiener,	*Zur Indikation der operativen Behandlung der Galle.*

理想之神
經鎮定劑

THE IDEAL
nervine sedative

GARDENAL

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI
SHANGHAI MEDICAL MONTHLY

Organ of the C.A.E.J.R.-MEDICAL BOARD.

HEFT 2 NOVEMBER 1940

Exsiccose

von

Dr. C. E. Mosse

Gelegentlich sieht man in Shanghai Krankheitsbilder, die man in einer europäischen Praxis nicht oder nur selten zu Gesicht bekommen hat. Zwar haben wir es, mit Ausnahme der Tropenkrankheiten, mit den gleichen Krankheiten wie in Europa zu tun, aber der Verlauf ist zum mindesten in einer Anzahl von Fällen verschieden von dem in nördlicherem Klima gewöhnlich beobachtenen Krankheitsbild. Ich betone "gewöhnlich", denn alle hier beobachteten Abweichungen vom sog. normalen Verlauf werden auch in Europa gelegentlich beobachtet, nur sind diese Ausnahmen von der Regel hier viel häufiger. Es gibt verschiedene Erklärungsversuche für diese Erscheinung.

In der menschlichen Pathologie hängt der Verlauf einer Krankheit bezw. die Erhaltung der Gesundheit von der Stärke der Schädigung (Menge und Virulenz der Infektion) einerseits und von der Resistenz des befallenen Körpers andererseits ab. Nur von letzterem, dem befallenen Individuum soll im folgenden die Rede sein. Leider kennen wir bisher keinerlei wissenschaftliche Untersuchungen über den Einfluss des Shanghaier Klimas auf das Individuum, so dass alles, was wir über dieses Thema sagen können, sich ausschliesslich auf klinische Beobachtung gründet.

Fraglos bringt die Hitze und Feuchtigkeit während der heissen Sommermonate erhebliche Veränderungen in der Resistenz des Körpers hervor, und unter den durch die Hitze hervorgerufenen Erscheinungen ist das abundante Schwitzen wohl die augenfälligste. Starkes Schwitzen dient der Wärmeregulation, führt aber zu Wasserverlust, der normalerweise durch Trinken ersetzt wird, ist aber dieser Ersatz aus irgend einem Grund nicht möglich, so verarmt der Körper an Wasser und trocknet aus, ein Symptom, das in der Pathologie der Ernährungsstörungen des Säuglings seit langem bekannt ist und dem der Name *Exsiccose* beigelegt wurde.

Unter dem Einfluss grosser Hitze tritt eine Verarmung an Wasser unvergleichlich leichter und schneller, als im gemässigten Klima auf. Häufig setzen die Symptome mit einer Stärke und Plötzlichkeit ein, wie man sie bei einem mitteleuropäischen Verlauf nur selten sieht. Trockener Mund, trockene Zunge und trockene Haut sind die ersten Symptome dieses Zustandes. Plötzliches Ansteigen der Temperatur ist ein Warnungszeichen, dass die Wärmeregulation durch Wasserabgabe durch die Haut nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, und dass demnach Gefahr im Verzuge ist. Wird in diesem Zustande die Exsiccose nicht beseitigt, so steigt die Temperatur bald bis über 41° C an, Tod ist unvermeidlich. Häufig treten bei fortgeschrittener Exsiccose Krämpfe auf, die als signum mali ominis zu werten sind. In diesem Zustande gemachte Lumbalpunktionen entleeren unter Druck einen makroskopisch getrübten Liquor, in dem zwar das Eiweiss, aber nicht die Zellen vermehrt sind, und der sich bakteriologisch als steril erweist.

Da der prozentuale Wassergehalt des menschlichen Körpers in der Jugend grösser ist als im Alter, und im Säuglingsalter wesentlich höher als in späteren Jahren der Kindheit, so leuchtet es ohne weiteres ein, dass Säugling und Kleinkind für das normale Funktionieren ihrer Gewebe und Organe in vermehrtem Masse auf die Erhaltung ihres Wasserbestandes angewiesen sind, oder umgekehrt ausgedrückt: dass Wasserverluste beim Säugling und Kleinkind eher zu Störungen und Exsiccose führen,

als beim Erwachsenen. Unterschiedlich von dem in Mitteleuropa Beobachteten finden wir nun hier, dass Exsiccosen nicht nur auf das Säuglingsalter beschränkt sind, sondern dass wir ganz allgemein auch in späteren Jahren dieses Symptom zu sehen bekommen. Letzten Endes hat auch das schwere Krankheitsbild der Cholera seine Ursache in der Exsiccose und wird in gleicher Weise wie die kindliche Exsiccose bekämpft.

Die Exsiccose ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, oder besser ein Syndrom, das von allen Krankheiten hervorgerufen werden kann, die einen Flüssigkeitsverlust herbeiführen. Dieser kann bedingt sein: 1) durch Unfähigkeit, die Flüssigkeit aufzunehmen, wie z.B. bei schwerem Erbrechen oder Bewusstlosigkeit, und 2) durch Wasserverluste, wie sie insbesondere bei Durchfallserkrankungen auftreten (Bazillen-und Amöbenruhr, Paratyphus, gewöhnlichen Durchfällen etc). Je abundanter die Stühle und je geringer die Aufnahme an Flüssigkeit, umso schneller wird sich während der Hitzeperiode durch den zusätzlichen Verlust an Wasser durch die Atmosphäre eine Exsiccose entwickeln. Abgesehen von der Behandlung der die Exsiccose bedingenden Krankheit wird deshalb das Syndrom Exsiccose eine schnelle und durchgreifende Behandlung verlangen, um den Wasserbestand des Körpers zu erhalten.

Da der orale und rektale Weg für den Ersatz der Flüssigkeit wegen der Art der Erkrankung ausscheiden, bleibt nur der parenterale Weg. Man macht deshalb den weitestgehenden Gebrauch von Infusionen, die je nach Lage des Falles intravenös, intraperitoneal oder subcutan gegeben werden. Ist Gefahr im Verzug, so ist der intravenösen oder intraperitonealen Infusion der Vorzug zu geben, da im vorgerückten Stadium der Exsiccation eine ausreichende Resorption von Flüssigkeit aus dem subcutanen Gewebe nicht mehr stattfindet. Grosse Mengen sind erforderlich, wenn Infusionen Erfolg haben sollen, etwa 50 cc pro kg Körpergewicht. Infusionen können, wenn erforderlich, mehrfach an einem Tage in der angegebenen Menge wiederholt werden. Wichtig ist, dass die Infusionen körperwarm sind, da sonst leicht Shockwirkungen auftreten.

Was soll man infundieren ? Handelt es sich um eine reine Austrocknung der Gewebe, so hat man die Wahl zwischen einer Ringer-, Ringerlaktat - oder 5 %igen Traubenzuckerlösung (isotonisch) oder einer Mischung von Traubenzucker - und Ringerlösung. Besondere Unterschiede in der Wirkung dieser Lösungen konnte ich nicht beobachten, doch sind Traubenzuckerinjektionen dieses Ausmasses für das Kind schmerzhaft, und deshalb nur dann zu bevorzugen, wenn die Zufuhr von Glukose aus irgend einem Grunde, z.B. für das Herz, erforderlich erscheint.

Bei den meisten Ernährungsstörungen findet sich neben der Exsiccose auch noch eine Acidose, wohl hervorgerufen durch den Alkaliverlust in den diarrhöischen Stühlen. Die Acidose manifestiert sich durch benommenes Sensorium und Cheyne-Stoke' sches Atmen. In diesen Fällen wird man zur Infusion eine Flüssigkeit benutzen, die alkalisiert. Das Mittel der Wahl ist die Hartmansche Pufferlösung, die unter dem Namen Sod. Lactater erhältlich ist und zum Gebrauch mit Aqu. dest. verdünnt wird.

Es muss an dieser Stelle betont werden, dass die Infusion nur das Syndrom der Exsiccation beseitigen kann, dass sie aber mit der Behandlung der ursächlichen Krankheit nicht verwechselt werden darf. Diese muss diätetisch oder medikamentös zugleich oder kurz nach der Infusion beginnen, um die Infusionen, die an sich tagelang fortgesetzt werden können, so schnell wie möglich überflüssig zu machen.

Die Diätetik der akuten Ernährungsstörungen, gleich welchen Ursprungs, unterscheidet sich in keiner Weise von der in Mitteleuropa bekannten. Nur kann man erwarten, dass die Toleranz des Patienten für normale Kost langsamer zur Norm zurückkehrt, als man es von Europa her gewöhnt ist. Im allgemeinen kann man nach einem Kohlehydrat-Tage eiweissreichen, fast fettfreien Nahrungen den Vorzug geben.

Zur eigentlichen Exsiccose kommt es nur unter pathologischen Verhältnissen, aber eine gewisse Wasserverarmung im Körper kann während der Sommerhitze auch bei Gesunden auftreten, wenn nicht für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr gesorgt wird. Es sei deshalb nur kurz darauf hingewiesen, dass wie jeder Erwachsene auch jedes Kind einen erhöhten Trinkbedarf hat, und dass dem Säugling, der seine diesbezüglichen Wünsche nicht äussern kann, regelmässig zwischen den Mahlzeiten abgekochtes oder mit Orangensaft versetztes Wasser angeboten werden muss.

Die Impotentia generandi

von

Dr. Alfred Walter Kneucker,

Facharzt fuer Urologie und Chirurgie.

II.

Bei der Impotentia generandi lassen sich die verschiedenen Krankheiten klinisch in 3 Gruppen ordnen, nach denen der Untersucher zu fragen hat. Es muss betont werden, dass diese Einteilung jedem Falle gerecht wird.

Die *erste* Frage, die an den Patienten zu richten ist, geht dahin, ob während oder unmittelbar nach dem Orgasmus überhaupt ein Ejakulat entleert wird. Ist dies nicht der Fall, so spricht man von

Aspermatismus.

Er ist häufig das Frühsymptom der Harnröhrenstriktur. Zu einer Zeit, in der der dünnflüssige Harn noch ohne weiteres passiert, ist das dickflüssigere Ejakulat nicht mehr imstande, das Abflusshindernis zu überwinden. In seltenen Fällen kann das Ejakulat auch durch spinaie Ursachen, wie Metalues, behindert sein, nach aussen geschleudert zu werden. Dies scheint bei Lähmung der vorgenannten mm. bulbo-und ischio cavernosi der Fall zu sein (*Wildbolz*). Von diesem richtigen Aspermatismus möchte Autor den Pseudoaspermatismus abgetrennt wissen. Bei diesem gelangt ebenfalls das Sperma nicht nach aussen, doch geschieht dies aus anderen, nicht anatomischen Ursachen. Es ist dadurch bedingt, dass die mm. bulbo-und ischio cavernosi zeitweilig nicht die Kraft haben, den Tonus des sphincter vesicae externus zu überwinden. Genau so wie beim echten Aspermatismus fliesst das Ejakulat in die Blase, da die Kapazität der normalen hinteren Harnröhre gleich Null ist, wie es uns die Urethrographie in überzeugender Weise gezeigt hat. Dieser Pseudoaspermatismus ist häufig das Zeichen einer sexuellen Uebermüdung oder eines gewissen Desinteressements an der Partnerin oder ist nicht zuletzt dadurch bedingt, dass der Mann zwar den Orgasmus wünscht, durch die Ejakulation aber fürchtet, die Partnerin zu schwängern.

Die Therapie des richtigen und des Pseudoaspermatismus ist recht klar. Strikturen sind zu beheben, spinale Erkrankungen kausal zu behandeln, bei sexueller Uebermüdung eine Pause einzuschalten, und bei psychischer Genese wird eine entsprechende Psychotherapie zum Ziele führen. Tonica und Roborantien werden den Patienten ausserdem günstig beeinflussen. Wenn der Aspermatismus länger dauerte und der Behandlung trotzt, so wird man unter Umständen die Samenflüssigkeit durch Zentrifugieren aus dem unmittelbar nach dem Orgasmus gelassenen Harn gewinnen müssen, worauf die künstliche Befruchtung der Frau zu erfolgen hat. Damit die Spermien durch den sauren Harn nicht geschädigt werden, muss man den Harn einige Zeit vor dem in Frage stehenden Beischlaf durch Verabreichung von Speisesoda, Natrium citricum usw. alkalisieren. Allerdings erscheint die Aussicht auf eine Schwängerung in diesen Fällen nicht allzu gross.

Die *zweite* Kardinalfrage geht dahin, ob im entleerten Ejakulat Spermien vorhanden sind oder nicht. Fehlen sie vollständig, so nennt man diesen Zustand

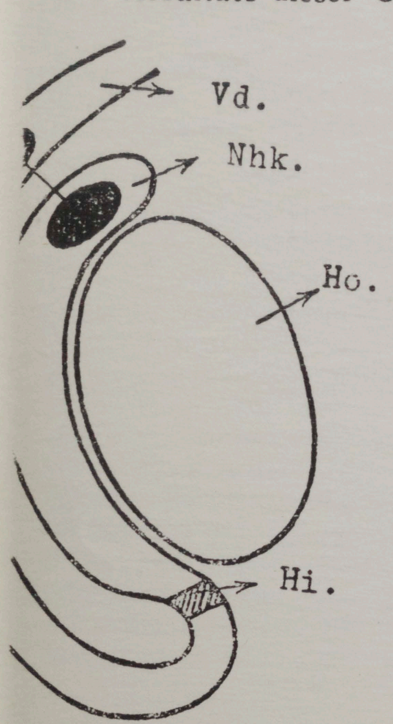
*Azoospermie.**

* Der vielfach zitierte Begriff der sog. *Oligospermie* ist nur ein numerischer und sollte wissenschaftlich überhaupt vermieden werden, da auch unter wenigen Samenfaden sich das eine Spermatozoon befinden kann, das zu befruchten imstande ist. Zudem muss die Oligospermie kein Dauerzustand sein, tritt sie doch aus leicht verständlichen Gründen nach abusus sexualium oder nach schweren Krankheiten auf. Greise hingegen haben gewöhnlich eine Oligospermie.

Die Azoospermie kann primär sein, d.h. die Hoden bilden überhaupt keine Samenfäden. So ist bekannt, dass kryptorche Hoden keine Spermatogenese aufweisen; besonders die beiderseitige vorgeschrittene Tuberkulose der Keimdrüsen oder gummata beider Hoden heben die Spermatogenese vollständig auf. Dieser primären Azoospermie, die praktisch genommen recht selten ist, steht die sekundäre oder Obliterationsazoospermie gegenüber. Bei diesem Zustande, welcher in der Frage der i.g. den

einnimmt, sind zwar Samenfäden vorhanden, können aber durch ein Iindernis in die urethra posterior gelangen. Theoretisch können die iberall an ihrem Weitertransport, also auf ihrem Weg vom rete testis meatus urethrae externus verhindert werden; genaue anatomische Unterten aber, dass fast immer nur 2 Stellen in Betracht kommen, die die ung der Samenfäden verhindern. Die wichtigere befindet sich im Iebenhodens, dort also wo der Nebenhoden in das vas deferens übergeht. ıdernis sitzt unmittelbar an der Mündung der ductus ejaculatorii am o Entzündungen der hinteren Harnröhre narbige Verzerrungen und ɜr Ausführungsgänge bewirken. Selbstverständlich kann eine Deferentiles Samengefässes zur Obliteration bringen; doch ist das sehr selten und ıt doppelseitig. Geradeso kann auch ein vorgeschrittenes Carcinom der ie Samenwege vollständig abriegeln; doch macht diese Neubildung so ɜitige Veränderungen und Beschwerden, dass der Patient an seinem nlich kein Interesse mehr hat. Vermittels der Endoskopie der hinteren ;en sich die ductus ejakulatorii mit feinen Kathetern sondieren, resp. ungen und Narben können auf diese Weise festgestellt werden. Spritzt eingeführten Katheter röntgenschattengebende Lösungen, so gelingt es ɜ Samenblasen sowie das vas zur Darstellung zu bringen (*Vesiculogra-* e grobe Veränderungen in der Prostata und in den Samenblasen findet .tersuchung dieser Organe vom rectum aus.

·apie der Azoospermie: in normal gelagerten palpatorisch unveränderten eschlechtsreifen Alter die Spermiogenese mit Sicherheit anzunehmen. el, so bringt die Punktion, die man in Evipannarkose machen kann, rasch Es ist in den meisten Fällen mit Obliterationsazoospermie zu rechnen, eınis an der cauda epididymis am wichtigsten ist, wie es gewöhnlich nach chen Epididymitis zurückbleibt. Schon vor längerer Zeit wurden daher ıcht, durch Operationen das Hindernis zu beseitigen. So versuchte man on des vas in den Hoden mit Hilfe sehr komplizierter Technizismen Die Resultate dieser Operationen waren gewöhnlich unbefriedigend.



ler Anostomosen.
s häufigsten Abflusshindernisses.
ıdenkopf.
rens.

Erst in jüngerer Zeit gelang es *Hagner*, eine standardisierte Operationsmethode auszuarbeiten, die darin besteht, dass eine laterale Anastomose zwischen vas und caput epididymis geschaffen wird, ähnlich der Seit-zu Seit-Anastomose in der Darmchirurgie. Die Operation ist technisch nicht einfach, für den Patienten aber vollständig ungefährlich und zeitigt in ca. 60 % positive Erfolge. Vielfache Nachprüfungen, darunter auch eigene Erfahrungen, zeigten den kolossalen Fortschritt, den die Hagnersche Operation in der Behandlung der Obliterationsazoospermie geleistet hat (siehe schematische Zeichnung). Es ist somit sinnlos, beim Befunde eines Ejakulats, in dem auch nur wenige, aber sichere Samenfäden nachgewiesen werden konnten, die Hagnersche Operation vorzuschlagen. Diese ist, wie gesagt, nur dort am Platze, wo es sich um eine Obliterationsazoospermie handelt, deren Ursache am Nebenhodenschweif liegt. Ist das Hindernis in den ductus ejaculatorii, so gibt es zwei Möglichkeiten: 1. die genaueste Sondierung der Ausspritzungsgänge mit feinsten Kathetern, und 2. den Versuch, das oder die Hindernisse durch Lösungen, welche man direkt in das vas deferens unter starkem Drucke einspritzt, zu überwinden. Somit ergibt sich bei der Hagnerschen

Operation folgendes Arbeitsschema: vorerst einen Defekt in das caput epididymis schneiden und im austretenden Sekret Samenfäden nachweisen; dann Freilegung und Eröffnung des vas deferens und Durchspülung desselben zur Kontrolle der Durchgängigkeit (die injizierte blaue Flüssigkeit nimmt, falls sie nicht aufgehalten wird, den Weg durch das vas, den ductus ejaculatorius und durch die hintere Harnröhre in die Blase, wo sie mittels Katheterismus leicht nachzuweisen ist), und zum Abschluss die Anastomosenbildung. Gelingt die Durchspritzung des vas deferens auf beiden Seiten nicht, so ist die Hagnersche Operation nicht indiziert, da sie vollkommen zwecklos ist. Praktisch gesprochen, kann eine differentialdiagnostische Schwierigkeit in der Frage der Topik des Abflusshindernisses fallweise eintreten. Die Anamnese gibt in solchen Fällen gewisse Anhaltspunkte: hatte der Patient niemals eine beiderseitige Epididymitis, so ist das Hindernis kaum im Nebenhodenschweif zu erwarten. Ausserdem gibt das Hindernis einen entsprechenden charakteristischen Tastbefund an der Epididymis. Eine länger dauernde Prostatitis dürfte hingegen für ein Hindernis am colliculus seminalis sprechen.

Die *dritte* Hauptfrage besteht darin, ob die Spermatozoen im Ejakulat beweglich sind oder nicht, und wie sie aussehen. Die Samenfäden werden durch das Sekret der Prostata, das sog. *Spermin*, beweglich gemacht. Dieses Spermin, welches den Spermatozoen die Fähigkeit der Beweglichkeit und somit des Aufsteigens im weiblichen Genitalschlauch gibt, ist somit eines der wichtigsten Sekrete des menschlichen Körpers. Fehlt es oder ist es in zu geringen Mengen vorhanden, wie dies bei der Hypofunktion der Prostata der Fall ist, oder ist es geschädigt, wie bei den entzündlichen Vorgängen in der Drüse, so sehen die Spermatozoen im Mikroskop unbeweglich aus, und dieser Zustand wird

Nekrozoospermie

genannt. Dieser Fachausdruck ist vollkommen fehl am Platze, da es sich keineswegs um tote, sondern um unbewegliche Organismen handelt. Genau so auffallend wie die ungeheure Beweglichkeit der zahllosen lebenden Samenfäden ist das Bild der unbeweglichen Spermatozoen. Da die Spermien erst nach Mischung mit dem Prostatasekret beweglich werden, so sind jene Spermien, die man durch Hodenpunktion bekommt, selbstverständlich unbeweglich. Dasselbe gilt auch von Samentierchen, die anlässlich der Hagnerschen Operation im Nebenhodenkopf gefunden werden.

Die Veränderungen der Samenfäden selbst können durch den Allgemeinpraktiker kaum festgestellt werden. Es kommt nämlich vor, dass sich im Ejakulat von Männern, die ihre Partnerinnen nicht schwängerten, Samenfäden befinden, deren anatomische Formen wesentlich von der Norm abweichen. So kann der Kopf des Spermiums weitgehende Veränderungen aufweisen, der Halsteil zeigt garnicht selten atypische Auftreibungen, und auch der Schwanz ist morphologisch verändert (Doppelbildungen usw). Diese Veränderungen sind nur nach entsprechender Behandlung des frisch gelassenen Ejakulats mit Chloramin und Ringerlösung sowie nachfolgender Färbung darzustellen. Die mikroskopische Diagnostik und die daraus resultierende Prognose für die Schwängerungsmöglichkeit erfordert eine eingehende Vertrautheit mit der Materie. Gründe für die Bildung dieser abnormen Spermien sind nicht ohne weiteres anzugeben. Manchmal verbindet sie sich mit chronischen Entzündungen des Genitaltrakts; doch gibt es auch Missbildungen der Samenfäden ohne inflammatorische Zustände. Viel eher ist die hormonale Genese diskutabel, und es scheint, dass es sich um eine partielle Dysfunktion des gonadotropen Hypophysenvorderlappenhormons handelt. Praktisch genommen sind diese Abnormitäten schwer zu beeinflussen.

Die *Behandlung* dieser letzten Gruppe: handelt es sich um eine Hypofunktion der Prostata, so genügt ein Massagecyclus von 15 Massagen, die die Sekretion der Prostata derart anregen, dass die Spermien bald beweglich werden. Eine entsprechende Hormontherapie ist ebenfalls anzuraten (Hypophysenvorderlappenhormon und Injektion von Prostatadrüsensubstanz). Die Behandlung dieser Anomalie ergibt ausgezeichnete Resultate. Anders ist die chronische Prostatitis zu bewerten. Der Grossteil aller entzündlichen Prostaten reagiert auf die usuelle Behandlung in günstiger Weise (Massage, Diathermie, Eigenblut- und Hormoninjektionen usw). Schwerere Fälle von chroni-

, bei denen es zu Cavernenbildungen in der Vorsteherdrüse kam, Mal durch endoskopische Behandlung der Heilung und somit der Sper- geführt werden; doch soll keineswegs verschwiegen werden, dass es ktäre Fälle gibt, die jeder Behandlung trotzen. Ob es in diesen Fällen hefrau die Spermien des eigenen Mannes, denen das Spermin eines nzugefügt wurde, in den Uterus zu injizieren, wie es derzeit in Ameri- gehandhabt wird, ist eine Frage der persönlichen Einstellung. Es ist ernst der Fragenkomplex der i.g. bewertet wird, wenn Aerzte wie Lösungen akzeptieren. Was die abnormen Spermien anbelangt, so ist eeinflussung der Keimdrüsen durch Hypophysenvorderlappenhormon uchen (*Walker, Wiesner*). Ueber die Prognose wurde bereits früher

n Fragen der Medizin, so gilt auch hier der Grundsatz, dass eine rerer Krankheitsbilder, wie z.B. strictura urethrae, prostatitis chronica zoospermie die Sachlage wesentlich erschwert und die Aussichten scheinen lässt. Ging der untersuchende Arzt nach dem genannten irfte er vor Ueberraschungen sicher sein. Dem Patienten Verspre- n, ist allerdings äusserst zu widerraten.

esagten geht hervor, dass es keine einheitliche Kausalgenese der i.g. Zeiten, in denen man feinere Veränderungen sowohl im Urogenitaltrakt fäden noch nicht kannte, waren die verschiedenen Autoren geneigt, Hauptursache männlicher Sterilität anzusprechen, was nicht der ielen aber die postgonorrhoischen Zustände in unserem Fragenkomplex ende Rolle (Strikturen als Ursache des Aspermatismus, prostatitis ozoospermie, beiderseitige Epididymitis und Obliterationsazoospermie). herapie durch die Verabreichung der Sulfanilamide zur Gänze verän- t die berechtigte Hoffnung, dass auch die i.g. in Zukunft viel seltener , was besonders bei der ungeheuren Verbreitung der Gonorrhoe in fällt.

regte Autor in Wien an, das Ejakulat jedes Mannes von 20 Jahren sen, und zwar so automatisch, wie etwa in Spitälern die Wassermann- ihrt wird. Es liegt nach dem Gesagten auf der Hand, dass die jakulats aus persönlichen, sozialen, medizinischen und juridischen höchster Bedeutung ist. In der Tat griff das Gesundheitsamt der nregung auf, und es waren die Vorbereitungen zu diesen weitgehen- en bereits geleistet. Der Umbruch in Oesterreich verhinderte die weiteren Untersuchungen.

ar die i.g. ein soziales Problem, an dem Aerzte, Hygieniker, Sozial- Staat selbst eminent interessiert waren; denn schliesslich ist die des Mannes ein Hauptpunkt in der Frage der menschlichen Frucht- orschung ihrer Bedingungen. Hier im Fernen Osten ist die i g. nicht ndern vor allem ein Problem des Individuums.

S c h r i f t t u m:

, *Hryntschak*: *Urologie und ihre Grenzgebiete.* (*Julius Springer, Wien, 1926.*)

. M. A. 107,1851;1936

.Ae.4,1937.

sterr. Urol. Ges. Vortrag 17.11.1936.

Urologische Operationslehre. (*Urban u. Schwarzenberg. Wien 1936.*)

er: Human Fertility (*Lewis, London 1937.*)

buch der Urologie. 2. Auflage (*Julius Springer, Berlin 1934.*)

Physikalische Heilmethoden.

von Dr. M. Rottwin,

Facharzt für Physico-Therapie.

I.

Es gereicht mir zu einer besonderen Freude, im Rahmen einer allgemeinen medizinischen Zeitschrift über ein Fachgebiet zu sprechen, das trotz seines hohen Alters vernachlässigt wird oder vielleicht gerade deshalb in Vergessenheit geraten ist. Diese Zeilen sollen nicht fachgebundene Theorie vermitteln, sondern ich will Anregungen geben, wie man mit einfachen Mitteln die physikalische Therapie als wertvolle Ergänzung zum gewöhnlichen Rüstzeug des Praktikers heranziehen und sie dann am Krankenbette selbst durchführen kann.

Ich benütze die übliche Einteilung in Hydro-Therapie und Elektro-Therapie und sage daran anschliessend noch einiges über Massage.

Hydriatische Prozeduren wirken erregend oder beruhigend, je nach Art und Grösse des angewandten thermischen und mechanischen Reizes. Hierzu kommen bei zusätzlicher Verwendung von Medikamenten, ätherischen Oelen, Gasen und Elektrizität der chemische bezw. elektrische Reiz.

Im allgemeinen lässt sich sagen, dass alle kalten Prozeduren erregen, laue und warme hingegen beruhigen. Hierbei möchte ich auf die Wichtigkeit des Begriffes "Reizzuwachs" hinweisen; er spielt nämlich in seiner Auswirkung auf die Steigerung des Blutdruckes eine besondere Rolle. Unter "Reizzuwachs" versteht man den Reiz, der durch plötzlich einwirkende Temperatur-Kontraste ausgelöst wird. Dieser kommt dadurch zustande, dass die Temperatur des Mediums, das wir mit der Hautoberfläche in Berührung bringen, von der Eigen-Temperatur der Haut, die wir indifferente Temperatur nennen, wesentlich abweicht. Dabei spielt es garkeine Rolle, ob diese Differenz im Sinne einer Ueber-oder Untertemperatur besteht. Ich konnte durch genaue thermometrische Messungen der Hautoberfläche bei gleichzeitiger Blutdruck-Kontrolle nachweisen, dass die so oft beschriebene primäre, wenn auch vorübergehende Blutdrucksteigerung nur dann erfolgt, wenn man entweder den Patienten in ein Bad setzt, dessen Temperatur wesentlich über oder unten dem Indifferenzpunkt liegt, oder wenn der angewandte Badezusatz in seiner vollen Stärke zu plötzlich auf die Haut des Patienten einwirkt. Man kann die primäre Blutdrucksteigerung vollkommen vermeiden, wenn man mit einem Bade von indifferenter Temperatur beginnt und dann ganz allmählich erwärmt oder abkühlt (Vgl. das Hauff'sche Bad, zur direkten Behandlung der Hypertomie und der Angina pectoris). Dasselbe gilt auch für die Sauerstoff-und Kohlensäurebäder. Wir müssen uns mit der Temperatur des Wassers und der Menge des Badezusatzes langsam einschleichen, um einen Reizzuwachs dort zu verhindern, wo die primäre Erhöhung des Blutdruckes absolut vermieden werden muss (Apoplexie-Gefahr!) und wo wir im Gegenteil durch unsere Anwendung den Blutdruck senken wollen. All das oben angeführte braucht nicht bei normalem Blutdruck berücksichtigt zu werden, denn gerade durch den Reizzuwachs erzielen wir oft die gewünschten Heilerfolge bei einer Reihe von organischen und funktionellen Störungen.

ı kehren wir wieder zu den kühlen und warmen Prozeduren zurück. Ihre
; beruht auf der Reizung, resp. Beruhigung der Nervenendigungen der Haut
h auf der Einwirkung auf den Zirkulations - Apparat und die inner - und
·etorischen Drüsen.

·tze als bekannt voraus, dass entsprechend den Head'schen Zonen jedem
Körperoberfläche eine Zone im Körperinneren entspricht. Hierauf beruht
·irkung der meisten hydriatischen Behandlungen. So führt eine kurze
·ndung zu einer Kontraktion der Hautcapillaren, und zwar nicht nur an der
stelle, wenn auch dort am stärksten, sondern zu einer Konstriktion der
toberfläche. Bei längerer Dauer des kalten Reizes kommt es durch Er-
r Vasokonstriktoren zu einer Erweiterung der Hautcapillaren; das gleiche
:h dem Aufhören des kurzen, kalten Reizes beobachten. Im Inneren
besonders im Gebiete des Splanchnicus erweitern sich gleichzeitig mit
ıng der Oberflächen - Gefässe die Eingeweide - Gefässe. Eine Ausnahme
: Gefässe der Milz und der Nieren, die sich im gleichen Sinne mit den
zusammenziehen oder erweitern. Ueber die intrakraniellen Gefässe
ɔezüglich noch keine völlige Klarheit; doch lässt sich annehmen, dass sie
verhalten, wie die Eingeweide - Gefässe (Hatschek). Durch die oben
eiterung der Oberflächen - Gefässe, die einige Zeit nach dem Aufhören
zes auftritt, werden die Eingeweide - Gefässe entlastet. In den letzten
ı von exzessiv kalten Temperaturen abgekommen (man verwendet sie
:en Fusstret-Bad als ableitende Prozedur), denn sie führen wegen der
Schlag - Volumens zu einer Mehrbelastung des Herzens und zu einer
verlangsamung. Jedenfalls ist es von Wichtigkeit, dass es bei kühlen
·vendungen nach der ursprünglichen Kontraktion zu einer sekundären
tation der Hautgefässe kommt. Diese reaktive Hauthyperaemie, die
:hen der erfolgreich durchgeführten Anwendung ist, wurde früher als
:r Arterien aufgefasst. Heute wissen wir, dass die Arterien auch bei
en kalten Reizen kontrahiert bleiben. Der Grund liegt in Wirklichkeit
Haut - *Kapillaren* auf den vorangegangenen Hautreiz mit maximaler
worten.

ion ist intensiver, wenn wir unsere Massnahmen an einem Körper
eine gut durchwärmte Hautoberfläche hat; deswegen ist es notwendig,
r vor dem Bade durch Wärme - Prozeduren oder zumindest durch
ıreibung vorzubereiten. Niemals soll man kalte Prozeduren bei
ler sehr anämischen Personen anwenden, denn bei ihnen wirkt der
las vegetative Nervensystem und dadurch indirekt auf die Tätigkeit
er blutbildenden Organe ungünstig ein. Derartige Patienten soll man
ıtern behandeln, sondern ihnen vorher heisse Milch oder heissen Tee
ı jeden Kälteschock dadurch vermindern, dass man zunächst kleine
Behandlung unterzieht, oder die Prozedur warm gestaltet und nur
ze dazwischen gibt, wie es bei den schottischen Duschen der Fall
soll man alle Reize wärmer gestalten, als es theoretisch gefordert
d es ist besser, nach dem Bade durch trockene Abreibungen mit
oder Bürsten die Reaktion zu erhöhen.

Diagnostische, therapeutische und prognostische Erfahrungen bei der Dysenterie - Behandlung.

Fortbildungsvortrag, gehalten von *Dr. Béla SZIGETI*, leitendem Arzt des Isolation - Hospitals Chaoufoong-Road, Shanghai, im Verein der Heim- und Spitalaerzte am 26. September 1940. (*Schluss.*)

Die THERAPIE ist für beide Gruppen grundsätzlich gleich: in akuten Fällen beginnt man mit einem milden Laxans, früher gerne Calomel *0.2* bis *0.3*, jetzt lieber Oleum Ricini (*1* bis *3* Esslöffel); Oleum Ricini kann im weiteren Verlaufe allenfalls wiederholt werden. Bei älteren, verschleppten oder vorbehandelten Fällen kann man auf das Laxans verzichten und gleich die fast jedesmal angezeigten Antispasmodica anwenden, z.B. Extr. Belladonnae in *4%* wässeriger Lösung, 5 bis 10 Tropfen 3 mal täglich, meist zugleich mit Tinct. Chamomillae 3 mal 10 bis 30 Tropfen. Sehr gut wirken, wenn der Reizzustand des Mastdarmes es erlaubt, Belladonna und Papaverin als Zäpfchen, etwa Extr. rad. Bellad. *0.02*, Papaverin, mur. *0.04* pro Zäpfchen. Carbo und Bolus alba gelten als weniger verlässlich, dagegen sind gute Mittel Enterovioform und Stomargen (Adsorgan). Ausser diesen Mitteln verwendet man Wärme als Thermophor oder als warme Kompresse, wobei zu starke Hitze und Verbrennungen zu vermeiden sind.

Nach den ersten stürmischen Tagen kann man leicht obstipierend und adstringierend vorgehen mit: Tannalbin, Dermatol, Calcium (z.B. Calc. carbon. puriss. 3 mal täglich einen Tee-bis Esslöffel voll). Die Opiumtinctur ist anfangs zu vermeiden, um nicht durch Ruhigstellung des Enddarmes die Ausscheidung der Keime zu erschweren, ist aber später oft bei andauernden Durchfällen unentbehrlich, und zwar in Dosen von 3 mal 5 Tropfen bis 10, ja 15 Tropfen.

Dagegen ist bei starken Schmerzen und Tenesmen von allem Anfang das *Morphin* sehr segensreich, und zwar als Tropfen in 1% Lösung, als Zäpfchen *0,02*, als Injektion *0,01* bis *0,02* (mit Atropin *0,0005*); durch seine beruhigende, schlafbringende Wirkung erscheint das Morphin in vielen Fällen als spezifisches Mittel.

Bei schwerem Verlaufe gelangen die *Herz*-und *Gefaessmittel* zur Anwendung, und zwar Digitalis als Pulver, Pillen, Suppositorien; Coffein natr. benz. in 10 bis 20% Lösung, Coramin (jetzt durch Cornidin ersetzt), Cardiazol (jetzt Cardisin); alle erwähnten Mittel werden auch in Ampullen angewendet, häufig haben Traubenzucker (Glukose)-Infusionen, intravenös eventuell mit Strophantin *0,00025* bis *0,0005* eine ausgezeichnete Wirkung. In der Rekonvaleszenz wird gerne C-Vitamin gegeben (Cebion, Frucimin, Redoxon, Citasin).

Als Analeptica bewähren sich Rotwein und Cognac in kleinen Mengen.

Bei Austrocknung werden Kochsalz-oder Ringerinfusionen angewendet.

Der oft quälende *Singultus* wird mit Morphin, Luminal oder Luminal-Bromkombinationen bekämpft.

Als Lokalbehandlung werden *Einlaeufe* gemacht, und zwar zur Reinigung mit Wasser, Kamillen, schwachen Salzlösungen, ferner als Heilklysmen nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen: *Yatren* ½% bis 1% ansteigend von 200 bis 500 cc, *Tannin 2%*, *Kal. hypermangan.* ca 1: 5000, *Rivanol* 1 : 10,000 bis 1 : 1000. Haemorrhoidalknoten und Analprolaps als Folgen der schweren Tenesmen und vielen Entleerungen werden antiphlogistisch oder mit den üblichen anaesthesierenden Zäpfchen, bei sehr starken Schmerzen mit 3 bis 5% Cocainsalbe behandelt. Als Reaktion auf die schweren Durchfälle tritt nicht selten Obstipation auf, die vorsichtig diätetisch und mit Mitteln bekämpft wird; es bewähren sich besonders: Oleum Paraffini, Radix Rhei, Pulvis Liquir. compos., Magnes. sulfur., allenfalls Glyzerinsuppositorien oder Einläufe; bei sämtlichen Klysmen muss mit Rücksicht auf die vulnerable Darmschleimhaut äusserst vorsichtig und schonend vorgegangen werden.

Sehr wichtig ist grösste Reinlichkeit, Hand-, Mund-und besonders Zungenpflege (Salbeitee, Borglyzerin), ferner in schweren Fällen häufiger Lagewechsel und Achtung auf Decubitus.

ISCHE BEHANDLUNG: abgesehen von den ersten Tagen, an denen rter Tee, Wassercacao, Hafer-oder Reisschleim gegeben werden, soll lange hungern lassen und bald Zulagen von Breien vorschreiben, und Reis, beides zunächst mit wenig Milch gekocht, ferner den besonders elbrei (Puree), der sehr gleichmässig verrührt werden muss Dazu gibt nd Cakes, anfangs ungezuckerte; dann geht man langsam zu Fleisch- d-oder Hühnersuppe, anfangs ganz mager und ohne Einlage, später mit ess, erweitert die Kost dann durch zunächst passierte Gemüse, feinge- s Fleisch, leichtes Gebäck (Biscuit), Kompott oder rohe, geschabte ot, Butter; schliesslich reicht man gemischte Kost mit Vermeidung fetter peisen. Zu dieser Zeit erhält der Genesende auch schon gezuckerten — kaffee, ferner Eier, die besonders als kernweiche (3 Minuten-) Eier rden. Eier werden auch gerne mit Wein als Chaudeau verabreicht. In müssen wir mit schwerer Anorexie kämpfen, gegen die oft Salzsäure- ste leisten, während andere Kranke sehr bald einen wahren Heisshunger wir sie nur mit Strenge vor schweren Diätfehlern bewahren können. ist die appetitliche Zubereitung und Darreichung der Speisen und

die *besondere* Behandlung der beiden Hauptgruppen betrifft, so ver- üher als Specifica bei der *Amoeben-D.* Cortex Granati und Cortex azerat oder Decoct, während heute hauptsächlich das *Emetin*, das ist kaloid der Radix Ipecacuanhae, als salzsaueres Salz, Emetinum hydro- ulär injiziert wird. Bei Erwachsenen spritzt man täglich *0,06* durch etwa gibt nach kurzer Pause eventuell eine zweite kürzere Serie; die Dosis bei tsprechend schwächer gewählt, und zwar mit grosser Vorsicht. Das ehr prompt, so dass es fast diagnostisch verwertbar ist. Ein ausge- l ist das jodhaltige *Yatren*, das in Pillen zu *0,25* 3 mal täglich oder, wie als Einlauf verabreicht wird. Als entsprechendes, lokal hergestelltes *noetren*, ebenfalls in Pillenform, zu erwähnen. Auch *Stovarsol* (synonym als amoebizid. Yatren, das auch auf die Amoebencysten wirken soll, uch bei bazillärer D. Anwendung.

isches Mittel gegen die *Bazillen-D.* wird antitoxisches Serum ange- r entweder polyvalentes Serum, das einen bis drei Tage zu 20 bis 50 cc n leichteren Fällen eine Ampulle mit 2000 intern. Einheiten) oder a-Serum, von dem 4 bis 8 Ampullen zu 10 cc gegeben werden. Neben vielfach an seiner statt werden Ampullen mit Bacteriolysinen verwendet, alkalischer Lösung per os genommen wird und die hier unter dem *os* u. a. bekannt sind.

n *Blutverluste* werden Kälte (Eisblase), ferner Kochsalz-oder Calcium- lauden, Gelatine, schliesslich Bluttransfusionen angewendet.

apie ist bei allen Formen ebenso wichtig, wie genügend fortgesetzte r ohnedies oft rezidivierenden Erkrankung.

tisch wichtig ist grösste Reinlichkeit, Vorsicht mit Obst, Gemüse, Brot, die scharfe Bekämpfung der Fliegenplage. Ein Impfstoff (nach . Toxin-Antitoxingemisch enthält, soll Schutzwirkung haben.

NOSE ist in jedem D.-Falle vorsichtig zu stellen; anfangs leichte Fälle oxische Entwicklung oder durch lange dauerndes Siechtum oder durch stiger werden, dagegen können anfangs stürmische Erkrankungen sich ssern. Eine Altersprognose ist unsicher, doch scheinen kleine Kinder gefährdet zu sein.

en-und Herzmuskelschäden geben naturgemäss schlechtere Aussichten, hie und da bei schon bestehender Arrhythmie einen ausgesprochen f, wenn keine schwerere toxische Entwicklung der D. vorliegt.

lszahl, die auch nach dem Temperaturabfall bleibt oder zunimmt, ist, hnt, sehr ungünstig; eine gewisse kritische Grenze scheint beim Er- wa 140 Schlägen pro Minute zu liegen.

Erbrechen und *Singultus* deuten auf die Mitbeteiligung eines grösseren Darmabschnittes, allenfalls des Peritonaeum hin; besonders ein andauernder Singultus ist ein prognostisch schlechtes Zeichen.

Hartnäckige Appetitlosigkeit, Agrypnie, Unruhe sind ungünstig, besonders fatal ist eine manchmal praeterminal auftretende *Euphorie*, die im schroffen Gegensatze zu noch kurz vorher geäusserten schweren Schmerzen steht.

Dauernde *Cyanose* ist ebenso infaust wie starke, kaum beeinflussbare *Exsikkation*. Eine diffuse *Peritonitis* ist immer sehr schwerwiegend und weder durch innere noch durch chirurgische Behandlung zu heilen; doch gibt es zweifellos manche lokalisierte Beteiligungen des Peritonaeum, die ohne stürmische Erscheinungen spontan mit der fortschreitenden allgemeinen Besserung ausheilen.

Die *Zunge* ist prognostisch nur bedingt verwertbar, da oft auch in schweren Fällen die erwähnte "rote Zunge" besteht; ein bräunlicher, hartnäckiger, therapeutisch nicht beeinflussbarer Belag ist im allgemeinen ungünstig.

Vorausgehende oder bestehende *andere Krankheiten* sind nicht ohne Einfluss auf den Verlauf der D.; so fanden sich unter unseren letalen Krankheitsfällen: Herzkranke, Tabes dorsalis (2 mal), Leukaemie, Poliomyelitis peracta, Prostataadenom, Hirnoperation, Bronchiektasien, Apoplexie, Pneumonie, Adnexentzündung.

Bei der Amoeben-D. gibt es eine *Nachkrankheit*, welche die Prognose beeinflussen kann, das ist die durch Einbruch der Amoeben in die Pfortader entstehende *Hepatitis*, beziehungsweise der *Leberabszess*. Es ist dies eine nicht zu seltene Späterkrankung, die besonders bei Männern im rechten Leberlappen auftritt und in leichten Fällen manchmal übersehen werden dürfte; kommt es aber Wochen bis Monate nach der D.-Erkrankung zu Fieber, Schmerzen der Lebergegend und der rechten Schulter, Icterus, nachweisbarer Lebervergrösserung, graugelbem Aussehen, Leukocytenvermehrung und allgemeinem Verfall, dann ist an einen Leberabszess zu denken und die Behandlung einzuleiten; sie besteht in Emetin (auch intravenös) und *Yatren*, ferner, wo möglich nach Röntgenlokalisierung, in dem Versuche einer Punktion und, wenn auf diese Weise der Eiter nicht entleerbar ist, in einer operativen Eröffnung und Drainage. Leberabszesse können übrigens spontan in den Darm, ins Peritonaeum, in die Lunge durchbrechen.

Prognostisch von Interesse erschienen uns im Hospitale grosse, pemphigusartige, rücksichtslos wachsende *Blasen* im Gesichte und am Stamm bei zwei schwerkranken Patientinnen, die trotz aller Bemühungen nicht zu retten waren.

Ueber die in unserem Hospital beobachteten zwei *Dysenteriewellen* ist zu berichten, dass die erste, September bis November 1939, die allerdings nur einen Teilabschnitt der vorjährigen Epidemie umfasste und 89 Krankheitsfälle betraf, eine Mortalität für Amoeben-D. von 11%, für Bazillen-D. von etwa 18% zeigte; doch sind die absoluten Zahlen für eine richtige Beurteilung wohl zu klein.

Die diesjährige Welle, die Mitte Mai 1940 einsetzte und zur Zeit dieses Referates noch nicht abgeklungen ist, umfasst bis einschl. 24. September 1940 279 Kranke. Unter diesen waren 247 Kranke Amoebenträger, 31 Bazillenträger, und zwar: 21 Flexner, 9 Shiga-Kruse, 1 Schmitz. Bei einem Patienten mit Darmerscheinungen wurden bloss Lamblien nachgewiesen. Unter den 31 bazillären Dysenteriefällen fanden sich bei 30, also fast bei allen, auch Amoeben oder Cysten. Von den 279 Kranken starben *16*, das sind 5,7 %. Von den Kranken waren 83 Bewohner der Emigrantenheime, während 196 aus Privatquartieren stammten.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Dysenterie, die nach den Berichten des Health Department des S.M.C. für die einheimische chinesische Bevölkerung eine mörderische Krankheit mit 50 und mehr % Letalität darstellt, auch von den Emigranten genügend Opfer an Gesundheit und Leben fordert. Die Bekämpfung dieser schweren Infektionskrankheit ist eine wichtige, verantwortungsvolle und, wenn mit den richtigen Mitteln durchgeführt, erfolgreiche und dankbare Aufgabe.

An dieser Stelle sei Herrn Dr. David *Abisch* für seine mühevolle Bearbeitung der den oben wiedergegebenen Zahlen zugrundeliegenden Daten der herzlichste Dank ausgesprochen.

tische Winke zur Differential-Diagnose einiger Infektions-Krankheiten.

Von Dr. Walter BRAUN.

Die folgende kurze Uebersicht soll dem praktischen Arzt einige nützliche Hinweise zur schnellen Orientierung am Krankenbett geben.

3ER.

gemein bekannt ist die typische Fieberkurve bei *Pocken*: Steiler Anstieg
s masernähnlichen Initialrashes an den Arm- und Schenkelbeugen. Am
eberabfall und Exanthem-Ausbruch. Das sekundäre Eiterfieber folgt
ung der Pocken. Fieberabfall bei Exanthem-Ausbruch sonst nur noch
tropischem Dengue-Fieber beobachtet. Die Diagnose ist zu sichern
weis der Guarnerischen Körperchen; zu diesem Zwecke Ausstreichen
r angestochenen Pocke auf einen Objektträger und anschliessende

sig intermittierendes Fieber nur dann für die *Malaria*-Diagnose ver-
das Intervall immer das gleiche ist. Daher einige Fieber-Attacken
man nur aus dem Fieberverlauf die Diagnose stellen will.
ässig intermittierendes Fieber bei *Mischformen von Malaria*, ferner u.a.
Spirillen-Nachweis!) und *Weil'scher Krankheit* (Icterus, Albuminurie,
rner ist zu denken an *Colicystitis* (saurer Harn, Urinsediment unter-
Malignes Granulom; letzteres kann in seinen Symptomen an einen *Typhus*
ehlen beim Granulom die Widal'sche Reaktion und die Bazillen.
: Fieber bei Influenza, Poliomyelitis, Encephalitis epidemica, Tbc.,

JTBILD.

eisten Infektionskrankheiten im *Beginn* eine polymorphkernige Granu-
ringerung oder Schwinden der eosionophilen Zellen, in der *Rekonvaleszenz*
nit Eosinophilie. Leukopenie mit Lymphocytose charakteristisch für
ngs auch möglich bei Poliomyelitis und beim malignen Granulom.
ne Lymphocytose bei Meningitis, Tbc., Masern, Influenza und bei der
Form der Agranulocytose. Sehr wichtig die Zahl der Eosinophilen!
sinophile sprechen für Helminthiasis, Trichinose, malignes Granulom

chiebung und Blutkörperchen-Senkungsreaktion sind nicht so sehr von
als von prognostischem Wert.

RNBEFUND.

tion beim Typhus im Gegensatz zur Miliartuberculose meist nur im
vird sie wieder positiv. so droht ein Recidiv. Bei Malaria Diazoreaktion
chweis von Urobilinogen positiv. Negative Aldehydreaktion spricht
und gegen Serum-Exantheme. Positive Aldehydreaktion spricht für

KTERIOLOGISCHE und SEROLOGISCHE UNTER-

allen zweifelhaften Fällen notwendig, doch darf ihr Wert nicht über-
In den ersten Typhuswochen ist die Widal'sche Reaktion meist
ch beweisend ist nur die Weil-Felix'sche Reaktion, und zwar für
sitiver Widal kommt auch bei Sepsis vor und bei Kleinkindern, Para-
nur bakteriologisch vom Abdominal - Typhus zu unterscheiden.

GEMEINE RICHTLINIEN.

chfieberhaft beginnender akuter Erkrankung in erster Linie an Pneumonie
notwendig: Tägliche Beobachtung der Achselhöhlen und Kontrolle
Bauchatmung; die befallene Seite bleibt gewöhnlich bei der Atmung
onie kann mit Appendicitis-Symptomen beginnen, daher Inspektion der
rechten unteren Bauchseite; diese schleppt nur nach bei Appendicitis
mptomen, nicht aber bei Pneumonie (im Zweifelsfalle Roentgen!).

Auch Encephalitis epidemica und Poliomyelitis können mit heftigen Leibschmerzen beginnen und daher eine Appendicitis vortäuschen. Bei Poliomyelitis sehr bemerkenswert die Hauthyperaesthesie, oft mit Muskelschmerzen verbunden, so dass akute rheumatische Infektion und Aehnliches vorgetäuscht werden können. Für Encephalitis sprechen hartnäckiger Singultus, hochgradige Obstipation, erschwertes Harnlassen.

2. *Akut beginnende Infektionskrankheiten ohne Lokalisationszeichen:*

Schüttelfrost, Erbrechen und Angina deuten auf Scharlach; katarrhalische Erscheinungen und Koplick'sche Flecken auf Masern, Schwellung der suboccipitalen Drüsen auf Röteln, Rashes auf Pocken. Bei Meningitisverdacht unbedingt Lumbal-Punktion! Lymphocytose im Blut spricht für Meningismus, aber nicht für epidemische oder tuberculöse Meningitis. *Leucocytose* mit Ueberwiegen der Neutrophilen charakteristisch für eitrige Meningitis, hingegen *Leucopenie* mit starker Neutrophilie fast beweisend für tuberculöse Meningitis.

3. In *Pestgegenden* immer an Pest denken! Im Beginn der Erkrankung starker Schwindel, so dass die Patienten hinfallen und Hautabschürfungen zeigen. Diese sind verdächtig. Bei genauer Untersuchung sind meist Bubonen zu finden. Sicherung der Pest-Diagnose durch Bazillen-Nachweis im Punktat eines Bubo

4. Bei *akuter Gastroenteritis* immer an Intoxikation denken (Methylalkohol, Pilze, Botulismus, Arsen usw.). Auch Trichinose kann mit schwerer Gastroenteritis beginnen. Botulismus und Encephalitis lethargica zeigen oft Obstipation und erschwertes Urinlassen. Bei Paratyphus B oft Icterus, Milztumor und gelegentlich Exantheme aller Art.

Die extrauterine Gravidität.

Von Dr. B. Zelnik.

(Schluss von Heft 1)

Bei Besprechung der *Diagnose* der gestörten extrauterinen Gravidität müssen wir Tubarabortus und Tubarruptur streng auseinander halten. Da wir beim Abortus die Frauen meist nicht im ersten Shock, sondern oft erst einige Zeit nachher sehen, ist eine exakt erhobene Anamnese von grösster Bedeutung. Schon sie lässt in uns den Gedanken an Extrauterine aufkommen. Die Frauen berichten über das Ausbleiben der Menstruation und drücken die Vermutung aus, dass sie schwanger seien. Seit einiger Zeit bestünden Blutungen, mit denen kleine Gewebsstücke abgingen. Meist erst auf Befragen erfahren wir, dass vor einiger Zeit ein Schwäche- oder Ohnmachtsanfall gewesen wäre, und dass seither wehenartige Schmerzen in der einen Unterbauchseite vorhanden seien. Die Untersuchung ergibt eine uterine Blutung, einen etwas vergrösserten Uterus mit geschlossener Cervix, meist eine Abflachung oder gar Vorwölbung des Douglas und in der Gegend der Adnexe auf der einen Seite einen länglichen, wurstförmigen, weichen, wenig empfindlichen Tumor. Sind die Symptome und der Befund nicht so prägnant und der Zustand der Patientin nicht alarmierend, so kann dort, wo die Möglichkeit eines sofortigen Eingreifens besteht, zugewartet werden. Gewöhnlich kommt es dann bei Zunahme der Anämie zum Grösserwerden der Douglasvorwölbung und des Tumors in der Gegend der Adnexe. Es besteht Fieberfreiheit oder nur leicht gesteigerte Körpertemperatur. Die empfohlenen diagnostischen Hilfsuntersuchungen bestehen meist im Nachweis der zunehmenden Anämie, durch Feststellung der Abnahme der Zahl der roten Blutkörperchen, Verminderung des Haemoglobingehaltes und Nachweis einer Haemoglobinurie. Die stündliche Zählung der weissen Blutkörperchen, die bei Andauern der Blutung rasch zunehmen sollen, hat keine eindeutigen Resultate ergeben. Die Verwertbarkeit der Aschheim-Zondek'schen Reaktion und ihrer Modifikationen ist eine beschränkte. Wie bekannt, beruht die A.Z.-Reaktion auf dem Nachweis des Sekretes des Hypophysenvorderlappens im Blut

se im Harn Schwangerer. Das Absterben des Foetus allein bei Erhaltung g von lebendem Ektoderm mit dem mütterlichen Gewebe verursacht nicht ıden des Prolans aus dem Harn. Bei der Differentialdiagnose zwischen xtrauteriner Gravidität ist die A.Z.-Reaktion nicht verwertbar, da sie in gleich positiv ist. Beim Verdacht auf Extrauterine ist der positive nassgebend, wenn uterine Gravidität mit Sicherheit auszuschliessen ist. Ausfall besagt nichts, da es sich um ein abgestorbenes Ei mit Loslösung vom Gewebe handeln kann. Neben diesen mikroskopisch-chemischen und Untersuchungen kommt noch die Douglaspunktion oder besser die urch das hintere Scheidengewölbe zum Nachweis von Blut in der Bauch-cht. Der Wert der Auskratzung ist sehr problematisch, und sie sollte nur werden, wenn die Differentialdiagnose gegenüber dem uterinen Abortus nt. Decidua ohne Zotten spricht für extrauterine Gravidität. Allerdings Fällen von Tubarabort der Nachweis von Decidua nicht mehr möglich, da dem Absterben des Eies abzustossen beginnt und nach einiger Zeit nicht en sein muss.

lässlichsten bleibt eine exakte Anamnese und genaueste klinische Beob-allen Fällen, in denen bei Fortdauer der uterinen Blutung das Entstehen erden einer Douglasvorwölbung und eines einseitigen Adnextumors bei ieberfreiheit konstatiert werden kann, kann die Diagnose auf Tubarabort, ch die Anamnese darauf hinweist, mit fast absoluter Sicherheit gestellt

tur bietet ein wesentlich anderes Bild und zwingt oft ohne genaue Diagno-m operativen Eingreifen, denn die schwere akute Anämie, verursacht Blutung, lässt oft nicht einmal Zeit zur genaueren Untersuchung. Hoch-sse, kaum fühlbarer, fadenförmiger, sehr stark beschleunigter Puls, den abhängigen Partien des Bauches mit Aufhellung bei Seitenlage sind n Symptome einer schweren Blutung in die freie Bauchhöhle.

rapie ist die Operation die Methode der Wahl. Sie besteht in der Entfer-viden Tube, womit auch die Blutstillung erfolgt ist. Alle Nebenopera-vermieden werden, vor allem die Appendectomie, die leicht Anlass zu eben kann. Bei sichergestellter Diagnose soll die Operation bei allen extrauterinen Gravidität vorgenommen werden, denn die Extrauterine er eine schwere Gefährdung der Frau, und die Aussicht auf ein normales h Null. Die bis zum Ende der Gravidität gediehenen Kinder sind immer ildet und verkrüppelt. Die Operation ist in unkomplizierten Fällen leicht alıtät sehr gering, wenn die Frau nicht zu spät zur Operation kommt. Von perierten 250 Fällen verloren wir nur zwei, die beide schon in sterbendem geliefert wurden. Selbstverständlich dürfen Analeptica und Herzmittel icht werden, ehe die Blutstillung erfolgt ist. Das gilt vor allem für den r Frauen ins Krankenhaus.

chbehandlung ist seit der Einführung der Bluttransfusion einfacher ge-iher mussten wir uns mit der Zufuhr von Kochsalz- oder Ringerlösung, des Fussendes des Bettes und Einwickeln der Beine mit elastischen Binden Später wurde von der intravenösen Infusion des aus der Bauchhöhle aus-filtrierten und mit Natriumeitrat versetzten Blutes mit sehr gutem Erfolge nacht.

ngerschaften nach überstandener ektopischer Gravidität sind nicht selten. sowohl als extrauterine in der zweiten Tube als auch als normale intraute-täten vor. Die Geburt verläuft meist normal, nur manchmal sehen wir lien, die Anlass zur operativen Entbindung geben können. Es ist anzu-s die überstandene extrauterine Gravidität und eine eventuelle spätere che nicht ursächlich zusammenhängen, sondern dass sie auf einen gemein-z.B. eine Hypoplasie des Genitales zurückzuführen sind.

ABSTRACTS.

Internal Medicine.

10. Some Recent Advances in Vitamin Therapy.

T. D. Spies, Cincinnati, D. P. Hightower and L. H. Hubbard, Birmingham, Ala.

give a report to the present status of the therapeutic advances since 1936.

1936 Thiamine hydrochloride.

The synthesis of vitamin B_1 in 1935 accelerated the study of the nature and symptomatology of Beriberi.

Beriberi affects predominantly the peripheral nervous and the cardiovascular systems, including edema, cardiac dilatations, speeded circulation, high venous pressure, and prolonged electrical systole.

B_1 relieves the cardiovascular disturbances of Beriberi, improves the muscles innervated by affected peripheral and cranial nerves and restores the normal electrical conductivity of peripheral nerves.

In cases of subclinical thiamine deficiency it often increases the appetite, strength and feeling of well-being.

1937-1938: Nicotinic acid.

The isolation of nicotinic acid from liver marks a milestone in the study of pellagra.

Clinical pellagra is a systemic disease which affects chiefly the alimentary tract, skin, and nervous system. Glossitis is one of the earliest symptoms of the disease.

Stomatitis and Gingivitis may also develop and are often infected with Vincent's organisms. Vomiting, ptyalism and diarrhea are usually advanced symptoms.

The dermal lesions of pellagra may occur on any part of the body.

These lesions usually are bilaterally symmetrical and are sharply demarcated from the adjacent healthy skin.

At first the erythematous area resembles sunburn, but later the colour changes to reddish brown, desquamation begins and the underlying skin is red and thickened. Permanent pigmentation may develop.

Severe mental disturbances, such as apprehension, hallucinations, mania and delirium are an indication of a very advanced stage of the disease. An initial nervous syndrom characterised by hyperesthesia increased psychomotor drive, weariness and fatigability is typical of the prodromal period.

1939-1940: Vitamin K and Vitamin B_6.

Vitamin K is essential for the maintenance of normal concentration of prothrombin in the blood.

Absorption of this fat-soluble vitamin is dependent on the presence of bile in the intestine.

Lowered prothrombin concentration may occur in conditions in which bile is excluded from the intestine by obstruction of the common bile duct. In such cases the administration of vitamin K will restore the normal prothrombin level when bile salts are given along.

Pyridoxin (Vitamin B_6.)

Spies, Bean and Ashe in a preliminary report described the symptoms responding favorably to Vitamin B_6 as extreme nervousness, insomnia, irratability, cramping pains in the stomach, mus-cularrigidity and difficulty and awkwardness in walking. Improvement has been noted following the intravenous administration of Vitamin B_6 to some patients with idiopathic epilepsy and to persons with amiotrophic lateral sclerosis and with myasthenia gravis.

There was improvement in several cases of paralysis agitans (Parkinson's Syndrom) and of Parkinsonism (Arteriosclerotic and Postencephalitic).

Specific Therapy.

20 mg Vitamin B_1 a day is resommended for the average case of Beriberi The parenteral method is preferred.

Nicotinic acid may be administered orally or parenterally in the treatment of pellagra.

The average adult patient will respond to the oral administration of 500 mg daily. The parenteral dose varies from 50 to 80 mg daily injected intravenously.

Very little is known concerning the optimal dosage for vitamin K. Recent work has shown that the oral administration of from 1 to 5 mg daily usually will give excellent results, if given with a comparable amount of animal bile salts. The intravenous injection of 50 mg of vitamin B_6 is effective in the treatment of symptoms of vitamin B_6 deficiency.

In the mild and moderately severe cases of mixed deficiency disease, dry powdered brewers' yeast (from 75 to 100 gm) or liver extract (from 75 to 100 gm) daily should be given orally as supplement to the diet. Yeast and wheat germ contain nicotinic acid, vitamin B_1, Riboflavin and vitamin B_6.

The Journal of the Am. Med. Ass. 1940, Nr. 4

11. Painless Myocardial Infarction.

From their observations on 375 cases of coronary occlusion, *Pollard* and *Harvill* determined the frequency of painless myocardial infarction. The determination was based on clinical features, electrocardiographic observations and available necropsy material. There were seventeen instances (4,5 per cent) of undoubted coronary occlusion in which no pain, substernal pressure or other "anginal" symptoms had occurred at any time. In

›s (4 per cent) there had been ıl symptoms, but myocardial ected even though the electro- s were not pathegnomanic. toms which occurred in the ed cases, the most common ea and vomiting, dizziness and .

of Med. Sc. Philadelphia, 1940

No. 199.

is in tuberculous hemo-

a report of six grave cases in us' operation was successfully

ɔn is indicated in all cases of which occur in the presence of al pneumothorax and which ed by increasing intrapleural nptomatic treatment.

is performed under leuroscopic adhesions cannot be comple- ıl resection is done.

ell' Instituto "Carlo Forlanini"

Rome 1940, Nr. 4

Surgery.

tomy for Bronchiogenic ıa.

man state that pneumonectomy e considered as heroic surgery l method of treatment. They of the operation in five patients ative recoveries. Two of these (seven months and one year), after the P. from coronary was no evidence of recurrence is patient. One was well for which signs of probable ce- ppeared.

point to an increasing number stantial reduction in the opera- e authors feel that lobectomy ned. Even with peripheral essary mass ligation used in guate, whereas total pneumo- analogous to radical resection where, relatively early diagnosis gery is to be effective.

carcinoma should be always ı an unexplained and persistant symptom complex is presented.

tbook picture of carcinoma of ıt it is too late.

stern Journ. Surg.,
PORTLAND, Ore. 1940 No. 48.

and Carcinoma of der.

Balch found that c. of the a frequent disease in their in the present series about one third as commonly as carcinoma of the pancreas. Although c. of the gallbladder may occasionally develop in the absence of gallstones, the great majority of cases are associated with gallstones which precede the development of the tumor.

The percentage of cases of gallstones in which carcinoma develops probably lies between 1 and 2.5.

No clinical criteria have been established to tell in which cases of gallstones carcinoma will develop. Although c. of the gallbladder is practically incurable once the diagnosis is esta- blished clinically, the risk of carcinoma developing in any case of gallstones is so small as not to indicate prophylactic cholecystectomy for that reason alone.

The decision as to the advisability of cholecy- stectomy in cases of gallstones with few or no symptoms should be governed by a consideration of the changer of non malignant complications rather than by the risk of c of the gallbladder.

Surgery, St. Louis, 1940 No. 7.

Tropical and Infectious Diseases.

15. Clinical Review of Sprue.

Ramon M. Suarez, San Juan, Puerto Rico.

discusses the clinical aspects of sprue, based on the study of 150 cases.

Etiology. There are many theories as to the etiology of sprue but only the concept of a de- ficiency disease has been able to withstand. It has been shown that deficient diets, low in animal proteins and poor in vitamins A and B as well frequently antedate the onset of clinical sprue. The "intrinsic" gastric factor of Castle was found lacking in some cases.

The circulatory system is not primarily in- volved. When emaciation and assemia have de- veloped the blood - pressure progressively falls and tachycardia and widening of the cardiac chiameters appears. The electrocardiographic findings were essentially negativ.

Gastric analysis. The author has found com- plete absence of free H Cl in 30 per cent of the cases. It can be concluded that the sprue cases with very few exceptions show either a total absence of H Cl or a most definite hypochlorhy- dria.

Metabolism. E. Hess Thaysen of Copenhagen set for the following clinical features as charac- teristic :

1.) Abnormal excretion of fat in the feces
2.) Normal nitrogen excretion in the feces
3. Flat blood - sugar curve
4.) Increased basal metabolism.

Blood - picture.

The hemoglobin was found averaging 66 per cent, the colour index 1.22, the erythrocytes 2.710.000, the leukocytes 5.280.

The anemia of sprue is most constantly of the makrocytic type, usually hyperchromic.

Megaloblasts were frequently seen in smears from the aspirated sternal marrow.

Treatment. The two most important factors in the treatment are an appropriate diet and adequate liver therapy. The diet ought to be rich in proteins and low in fats and carbohydrates.

The liver therapy consists in the administration of one cc of concentrated L. Extr. given daily for 3 days, then one cc every 3 rd. day for the first month and one cc every 5 days during the second month.

The author's experience with diluted liver extracts has shown that sprue is more resistant to treatment than pernicious anemia and consequently larger doses are indicated.

The Puerto Rico Journal of P. H. 1938, Nr. 2

16. Typhoid Fever Occurring in Immunized Persons.

In his report which is based on an epidemic in a population 90 per cent of which had been immunized against typhoid fever, *Barney Malbin, Chicago,* gives a clinical and statistical study of the epidemic, which occurred in the military hospital at Vich, Spain in April 1938. Before the outbreak of the epidemic the hospital had approximately 1.700 patients and a staff of about 200. The source of the infection was one of three water supplies which had become contaminated from the overflow of an adjacent sewage system. About 10 per cent of the effective had never been vaccinated against typhoid fever while the remaining 90 per cent had received two or more injections of T. vaccine from one year to three months prior to the epidemic.

Altogether there were 147 cases of typhoid proved by Widal test and positive cultures from the blood, urine or stools and in several cases from all three sources. Of those with proved typhoid forty-nine had never been immunized, or approxinately 25 per cent of the 190 *unprotected* patients and staff members.

The remaining 98 patients had been previously immunized thus giving an incidence of 6 per cent for the *immunized* effective of the hospital.

Clinical course.

Only 14 patients (14 per cent) in the *immunized* groups showed the classic features and course of the disease. Of the remaining a third (about 28 per cent of the immunized group) ran a mild and abbreviated but otherwise typical course of T. fever.

The third and largest group (58 per cent of the immunized) was atypical.

Dissociated pulse and temperature, i. c. relative bradycardia was almost invariably present in all the cases, typical and atypical. In almost all cases the pulse was rarely over 95. Late in the course of the disease and associated with symptoms of toxic myocardial changes the pulse increased and was of grave prognostic import. Splenomegaly was second only to the relative bradycardia as a constant feature.

Leukopenia was not a frequent occurence. The appearence of the tongue with its thickly furred dorsum and flaming red borders and triangle at the tip was very characteristic.

Fully half of the immunized patients never had an eruption at all. With some patients the eruption appeared in four or five days.

Laboratory data.

Although the presence of a Widal reaction in patients previously immunized had little diagnostic import the variation in its sensitivity was a very valuable guide to a correct diagnosis, all patients showing a progressive increase in agglutination during the course of the disease. Stool cultures were positive in the majority of cases in the immunized group as well as in the nonimmunized cases. Blood cultures in the immunized group were only about half as frequent positive as in the nonimmunized group.

Complications

were more frequent among the *immunized* patients.

Mortality.

Nine of the total of 147 cases terminated in death thus giving a mortality rate of 6,1 per cent. 5 death occurred in the *non immunized* group and four among the *immunized.*

Treatment.

With the exception of the use of prostigmine for the relief of tympanites nothing new in the treatment can be reported. Sedatives were used freely, the most effective being the barbiturates chloralhydrate and morphine. Stimulants such as Caffeine, Epinephrine and Camphor greatly increased the restlessness, leading to exhaustion, rise in temperature and delirium and were only applicated when absolutely indicated. It was found that the distressing and changerous tympanites are controlled by half an ampoule (0,25 mg) of prostigmin, followed if necessary by the second half an hour later.

The Journal of the Am. Med. Ass. 1940, Nr. 1

Gynecology.

17. Sterilization Procedures on Women.

Lazard believes that the simplest and least dangerous of sterilization procedures on the tubes is the crushing and tying of a loop of each tube, the *Madlener Technic.* However, failures have been reported.

Ectopic pregnancies have occurred, and such procedures carry a definite increase in mortality risks because of embolism and intestinal adhesion and obstruction. The main objections to hysterectomy are that it is technically more difficult and that it subjects the patient to a premature menopause. It is the surest and safest method of sterilization.

If there is no associated pathologic condition, it does not as a rule produce the menopause unless the patient is near the menopausal age.

Removal of the body of the uterus eliminates the possibility of future pathologic changes, such as fibroids, malignant conditions of the body or uterine endometriosis.

Western Journ. Surg , Obst., Gyn., PORTLAND, Ore. 1940 No 48.

Neurology and Psychiatry

18. Electrically Induced Convulsions.

Fox presents a clinical account of the results in seven psychotic patients, who were treated by

ed convulsions. The histories
eral patients had schizophrenia.
onic stupor, psychotic anxiety,
and agitated melancholia.

lassifies the results according to
mission achieved. He determ-
a complete return to normality
urse outside the mental hospital.

a marked improvement in
s C no change, the patient still
t attention.

could be placed in class A and
class B.

lly induced convulsions have
ther forms of convulsion ther-

ent remains free from unplea-
nories.

of consciousness is instantane-

ent is willing to cooperate after
r three shocks.

ment can be quickly and easily
it.

tite is stimulated.

tment has a good influence on
ic constipation associated with
es of psychosis.

ultimate prognosis of this form
roblematic at the present time.
ason why the remissious should
indefinitely by "maintenance"
nt is found to be relapsing.

lications to scolck treatment
arterial and cardiac diseases,
re and intracranial diseases.

led. Journ, Lo don. 1940, No. 1

---

thalmology

de in Trachoma

orts on thirty - one trachoma
e completed their course of
tment. Sixteen patients were
owed satisfactor improvement
l little or no change.

eared to be most efficacious in
d when employed in relatively
healing was obtained in long-
l cases.

effected rapid disappearance of
l inclusions characteristic of
best seemed to have little
dary bacterial infection caused
nfluental diplococcus pneumo-
occus aureus.

s responded more rapidly then
nd papillary hypertrophy re-
ore rapidly than follicular

ophthalmology, St. Louis, 1940, Nr. 23

Roentgenology

20. Radiation Reaction in Lung.

Warren and Spencer investigated 398 cases of tumors situated between the diaphragm and the neck for evidence of irradiation pneumonitis.

Mecropsy was performed in all cases. 234 had received some irradiation over the thorax and 163 had not. A few cases of breast cancer had implantation of radium needles only. The points used to differentiate irradiation reaction from other inflammatory changes in lungs were:

1.) A hyaline membrane closely adherent to the alveolar walls.

2.) Swallen alveolar lining cells, edema or mild inflammatory exudation in the supporting tissue.

3.) Diffuse alveolar fibrosis without evidence of organizing pneumonia, tuberculosis or silicosis.

4.) An unusual fibrillar hyalinization of the alveolar walls.

5.) Hyalinization of the arterial walls.

6) Interalveolar capillary changes, swelling of endothelium and thrombosis.

The frequency of pulmonic changes increased as did the amount of radiation but not with any regularity.

The majority of the patients showing irradiation reaction had an unproductive hacking cough during the height of the local cutaneous reactions.

The tissue changes following irradiation of the lungs varied with the amount and kind of radiation. The earliest effect appears to be one of mild injury to the alveolar lining cells and the capillary endothelium. Edema, swelling necrosis and proliferation of the endothelium and alveolar epithelium follow. With injury to the connective tissue, fibroblastic proliferation chiefly in the alveolar walls, occurs.

It is not possible to distinguish early acute irradiation pneumonitis from other conditions.

The only microscopic sign that can with certainly be recognized as irradiation pneumonitis is that which shows some degree of both the early and the late stages in the same lung.

The hyaline membrane probably represents an acute or subacute response and is diagnostic of irradiation pneumonitis.

The other changes are less distinctive and do not allow as easily a differentiation from infectious processes.

Am Jourr. Roentgenol. and Rad. Therapy, Spring Field, Ill. 1940 Nr. 43

Verein deutsch sprechender Aerzte Shanghai.

Naechste Sitzung: Dienstag, den 3. Dezember 1940

9 Uhr abends im Foreign Y.M.C.A., Bubbling Well Rd.

Tagesordnung:

1. Dr. BRUEGEL, Demonstration: Enterocleaner.
2. Dr. A.W.KNEUCKER, Prostatacarcinom.

Gaeste willkommen!

Der Vorstand
i. A.: Dr. *MOSSE*
Schriftführer

Hongkewer Aerzteverein.

2. Dezember, 8.30 p. m.:

Dr. H. NOSSEN:

Zusammenarbeit von Praktiker, Internisten und Chirurgen bei Behandlung des Diabetes.

16. Dezember, 8.30 p. m.:

Dr. Th. FRIEDRICHS:

Nichtinfektiose Darmkatarrhe.

Ort: Jungmann's Cafe-Stube, 805 E. Seward Rd.

Vereinigung der Spitals- und Heimaerzte.

5. Dezember, 8.30 p. m.:

Dr. A. LOEWENSTAMM

Roentgen - Demonstrations - Vortrag.

Ort: Saal des Wardroad - Heimes.

der Ambulanz
ng Road
24. 11. 1940.

.	1612
	252
ngen :	161
:	35
nt :	2060

24. 11. 1940.
nner
uen
der

Tätigkeitsbericht der Ambulanz
Ward Road
vom 20. 10. bis 23. 11. 1940.

	Maenner	Frauen	Kinder	Gesamt
Ordinationen :	1675	1314	349	3338
Besuche :	41	86	38	165
Impfungen :	223	185	14	422
Infektionsfalle:	4	5	1	10
Hospitalfalle :	27	20	3	50
Gesamt :	1970	1610	405	3985



SUBSCRIPTION-ORDER

I herewith subscribe for the

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI

(Shanghai Medical Monthly)

to be paid on subscribing
with Post-Money-Order—Cheque.

SUBSCRIPTION-RATES:

Shanghai-Local	N.C. $ 5.00 1/2 year
Other places in China	N.C. $ 12.00 1/1 ..
Japan - Hongkong	U.S. $ 1.00 1/1 ..
Other countries	U.S. $ 2.50 1/1 ..

Place: Country: Date: Name & Address:

....

SUBSCRIPTION-RATES: Shanghai (local) NC-$ 5.00 1/2 year
other places in CHINA NC-$ 12.00 one year
JAPAN, HONGKONG US-$ 1.00 one year
OTHER COUNTRIES US-$ 2.50 one year

Publisher and Proprietor: Dr. Kurt RAPHAEL, 78 Rte. des Soeurs.
Responsible for the editorship: Dr. Egon Goldhammer M.D.
680 Chaoufoong Road. Phone 51997.
Editor's office: Dr. Paul Salomon M.D.,
335 Wayside Road. Phone 50792.
Advert.-Dept.: Phil. Kohn, 810/27 E. Seward Rd. Phone 52629.
Printing: Centurion Printing Co, 90 Yuenfong Rd. Phone 51338.